

## A PSICOLOGIA E A DOENÇA CRÓNICA: INTERVENÇÃO EM GRUPO NA DIABETES *MELLITUS*

Patrícia António

Unidade de Alcoologia, DRLVT, IDT, I.P.

---

**RESUMO:** Este artigo apresenta uma revisão da literatura sobre a intervenção multidisciplinar em grupo na diabetes *mellitus*, mais concretamente na diabetes tipo 2 em contexto de cuidados de saúde primários. A psicologia da saúde desempenha um papel importante na compreensão das consequências psicológicas da diabetes e dos factores psicológicos envolvidos no autocuidado efectivo da doença. O crescente reconhecimento da importância do trabalho em equipas de saúde multidisciplinares para a educação do paciente diabético tem promovido o desenvolvimento de inúmeros projectos de intervenção psicológica e programas educativos, individuais ou em grupo, na área dos cuidados de saúde primários e secundários. As intervenções em grupo trazem benefícios ao nível da saúde física e mental, do desenvolvimento pessoal, da promoção de aptidões relacionais e do treino de competências que promovem uma maior adesão ao tratamento, ao mesmo tempo que dão resposta a um maior número de pedidos, optimizando os recursos técnicos das instituições.

*Palavras-chave:* Cuidados de saúde primários, Diabetes *mellitus*, Intervenção multidisciplinar em grupo.

---

## PSYCHOLOGY AND CHRONIC ILLNESS: GROUP INTERVENTION IN DIABETES *MELLITUS*

**ABSTRACT:** This paper outlines the role of multidisciplinary group interventions in the treatment of diabetes *mellitus*, focusing on type-2 diabetes in primary health care treatment programs. Health psychology has an important role in understanding the psychological consequences of diabetes, and the psychological factors related to self-care disease circumstances. The increasing recognition of the importance of working in multidisciplinary teams when educating diabetic patients has contributed to the development of several psychological intervention projects (group or individual), as well as a number of educational programs, in primary and secondary health care settings. Group interventions have shown to provide benefits associated with physical and mental health, personal development and growth of relational skills, as well as treatment adherence and response to a higher number of cases.

*Keywords:* Diabetes *mellitus*, Multidisciplinary group intervention, Primary health care.

---

Recebido em 25 de Marco de 2008/ Aceite em 3 de Maio de 2009

A diabetes, também conhecida por diabetes *mellitus*, é um grave e crescente problema de saúde pública, com inúmeras complicações, quer individuais, quer comunitárias. A população que sofre deste problema tem vindo a crescer em número

mundialmente, facto que tem sido explicado em parte devido ao envelhecimento e crescimento da população, assim como à obesidade, dietas pouco saudáveis e a estilos de vida sedentários, factores associados ao incremento da urbanização e industrialização (Medina, 2007; Silva, 2006).

Ainda que não contagiosas e não relacionadas com estigmas sociais particulares, as complicações crónicas da diabetes (e.g. complicações cardiovasculares e/ou neurológicas) podem conduzir a uma “degradação” progressiva e irreparável do corpo e a uma gradual perda de dignidade do doente. Não existe praticamente nenhum órgão ou sistema orgânico que não possa ser afectado por esta doença (Silva, 2006).

A prevenção deve ser realizada nos diferentes níveis de cuidados de saúde, mediante a identificação dos indivíduos em risco – *prevenção primária*, identificação de casos não diagnosticados – *prevenção secundária* e pelo tratamento dos indivíduos já afectados pela doença, com o objectivo de prevenir complicações agudas e crónicas – *prevenção terciária* (Medina, 2007; Silva, 2006; Trindade & Teixeira, 2000). Um maior nível de conhecimento sobre a doença e as suas complicações está relacionado com uma melhoria da qualidade de vida, com a redução do número de crises de hipoglicemia, com o menor número de intervenções hospitalares, com o melhor controlo metabólico e com uma maior aceitação da doença. Os estudos na área alertam para o facto do tratamento cuidado e disciplinado permitir prevenir e retardar as complicações agudas e crónicas da doença (Maia & Araújo, 2002; Marcelino & Carvalho, 2005; Medina, 2007; Pitts & Phillips, 1998; Silva 2006; Torres, Hortale, & Schall, 2003). Neste sentido, a educação é parte imprescindível do tratamento do paciente, associado ao controlo metabólico adequado, à prática regular de exercício físico e a uma dieta alimentar equilibrada. Para isso, um envolvimento harmonioso entre pacientes, família e profissionais de saúde na procura de atingir o equilíbrio biológico, psíquico e social do indivíduo, revela-se um ingrediente fundamental.

Neste trabalho, procura-se fazer o enquadramento da intervenção psicológica ao nível das doenças crónicas como é o caso da diabetes, que podem causar importantes restrições físicas, emocionais e sociais, modificando profundamente a vida das pessoas portadoras em várias dimensões. O crescente reconhecimento da importância do trabalho em equipas de saúde multidisciplinares para a educação do paciente diabético tem promovido o desenvolvimento de inúmeros projectos de intervenção psicológica e programas educativos, individuais ou em grupo, na área dos cuidados de saúde primários e secundários (e.g. Gallego, 2001; Heleno & Antónia, 2004; Maia & Araújo, 2002; Marcelino & Carvalho, 2005; Silva, 2006; Torres, et al., 2003; Trindade & Teixeira, 2000).

No âmbito do estágio complementar da Carreira dos Técnicos Superiores de Saúde – ramo de Psicologia Clínica, realizado no Centro de Saúde de Alvalade (CSA), em Lisboa, foi desenvolvido um projecto em equipa multidisciplinar de intervenção em grupo (psicólogo, nutricionista e fisiologista do exercício), que fosse ao encontro das necessidades dos utentes (grupo-alvo) e complementar aos

objectivos da Consulta de Vigilância da Diabetes já existente, a cargo de um médico de família e da equipa de enfermagem, onde é feita a monitorização da doença e aconselhamento ao doente. Esta proposta teve como objectivos gerais a melhoria das condições de vida e adaptação à doença e não a cura, uma vez que como já referido a diabetes *mellitus* é uma doença crónica incurável até ao momento.

Uma das componentes desta proposta é possibilitar o conhecimento objectivo e científico sobre a diabetes e o processo de tratamento, privilegiando o recurso a metodologias activas/reflexivas e dinâmicas de grupo na abordagem dos temas (e.g. chuva de ideias, fotolinguagem, *role-playing*, uso de metáforas). A preocupação base é a de implicar activamente os utentes nas experiências do grupo, criando espaço para surgir naturalmente o que cada um conhece ou desconhece sobre a problemática e problemas relacionados. De modo a aprofundar os temas, foi igualmente pensado um conjunto de materiais informativos complementar aos conteúdos a trabalhar nas sessões (e.g. o controlo do peso no mundo moderno; a rotulagem; as principais barreiras no controlo da diabetes).

Ao longo do programa, com a duração de 2 meses em formato de sessões semanais, é pedido à pessoa que se envolva totalmente no seu tratamento e que se assuma como um agente activo (e.g. automonitorização semanal da actividade física e do comportamento alimentar; aumento do controlo metabólico e vigilância periódica; estabelecimento de objectivos de mudança concretos e realistas; aprender respostas e estratégias de mudança no seio do grupo; substituição de padrões de comportamentos sedentários/disruptivos por padrões de comportamento saudáveis e respostas mais apropriadas; descoberta de pontos de vista, dificuldades e sentimentos em comum; autonomia; aumento da auto-estima). O objectivo último será fornecer aos utentes diabéticos os meios e as ferramentas necessárias a uma gestão autónoma da sua doença enquanto um *continuum* na sua vida e não apenas em termos de sucesso ou insucesso, formato característico de uma intervenção mais focalizada no sintoma (Basco, 1998, citado por Silva, 2006). Este trabalho implica um contacto intensivo entre o utente, a instituição de saúde e a equipa terapêutica, em horário pré-determinado e regular ao longo do trajecto do programa, de forma a promover a manutenção das relações interpessoais, a identificação de factores e situações de risco e o desenvolvimento de estratégias de controlo dos impulsos e comportamentos de risco face à doença. A ênfase é colocada no treino do auto-controlo, auto-responsabilização e capacidade de escolha. É importante compreender os determinantes que levam aos comportamentos de risco e utilizar essas informações para aumentar a efectividade do tratamento e os benefícios da auto-monitorização (Guerra & Lima, 2005; Heleno & Antónia, 2004; Silva et al., 2003; Silva, Pais-Ribeiro, & Cardoso, 2004; Silva, 2006). Certas situações podem representar um menor ou maior risco, no entanto, a relevância não está tanto na situação em si mesma, mas nas reacções cognitivas, afectivas e comportamentais do indivíduo enquanto interage com essas situações. Por outro lado, o desequilíbrio entre o

“dever” e o “prazer” é potenciador de dificuldades na gestão da doença porque promove sentimentos de privação e insatisfação que são muitas vezes usados para justificar os comportamentos de risco (e.g. “É só hoje porque é o meu aniversário...”; “Eu devia a mim mesmo um doce depois de um dia stressante de trabalho...”) e para justificar a necessidade de gratificação imediata. Neste sentido, os objectivos fundamentais do programa focalizam-se em três dimensões principais: ao nível do auto-conhecimento de si próprio e do problema, ao nível das estratégias de *coping* (ter ou não ter respostas/estratégias para lidar com situações de risco) e ao nível da mudança do estilo de vida (o desafio de uma “nova relação” consigo, com os outros e com o meio que o rodeia).

O programa de intervenção em grupo proposto também se inspira no referencial teórico dos grupos e seu manejo terapêutico. O grupo é um local de encontro em que inevitavelmente se geram profundas trocas afectivas entre todos (Guerra & Lima, 2005; Kernberg, & Chazan, 1992; Torres, et al., 2003; Yalom, 1995; Zimerman, 1993). Uma sessão de grupo é sempre um desafio à nossa capacidade empática de compreender, interpretar, metabolizar e transformar ansiedades e comunicações paradoxais que ocorrem no aqui e agora da dinâmica grupal. Assim, é fundamental o recurso constante aos modelos e referenciais teóricos subjacentes à prática clínica individual, assim como ao gosto de trabalhar em grupo (Kernberg & Chazan, 1992; Sá, 2003; Yalom, 1995; Zimerman, 1993).

O falar em grupo sobre a diabetes permite a troca entre iguais de dúvidas, ansiedades, fantasias e inseguranças, o que favorece o sentimento de não se estar sozinho e assim aprender a lidar e a conviver melhor com a doença (Maia & Araújo, 2002; Marcelino & Carvalho, 2005; Yalom, 1995; Zimerman, 1993). Como já referido, as sessões, conduzidas por um técnico (o psicólogo) da equipa multidisciplinar, são baseadas numa perspectiva não directiva procurando modelar a confiança, respeito e preocupação pelos outros. Cada sessão é estruturada e tem a duração de 60 minutos. No período inicial é feita uma exposição de informação pelo técnico da área, que é seguido por períodos de discussão em grupo do tema apresentado, com o recurso a técnicas/ferramentas de orientação cognitivo-comportamental (e.g. folhas de registo, diário alimentar), técnicas de dinâmica de grupos (e.g. fotolingagem, linha do risco, chuva de ideias), partilha de sentimentos e histórias pessoais e recurso a meios audiovisuais.

## DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO ACTUAL DA DIABETES MELLITUS

A diabetes, também conhecida por diabetes *mellitus*, é uma doença crónica grave conhecida há pelo menos 3500 anos, cuja característica principal é a hiperglicemia (aumento da glicose no sangue), acompanhada de alterações do metabolismo dos lípidos e proteínas e um conjunto de complicações neurológicas,

micro e macrovasculares relacionadas, cuja prevenção passa por um diagnóstico e tratamento precoces. Na base destas alterações estão anomalias na secreção pancreática de insulina, na sua acção ou ambas (Gallego, 2001; Hines, 2003; Marcelino & Carvalho, 2005; Silva, 2006; Medina, 2007 Taylor, 1995; Pitts & Phillips, 1998;). Os principais sintomas do diabético são: sede excessiva (polidipsia), poliúria, polifagia, perda de peso, fadiga, formigueiros, dormências e visão enevoada (Gallego, 2001; Hines, 2003; Leite, 2005; Medina, 2007). Como doença crónica que é, precisa de cuidados médicos continuados e de educação terapêutica do doente de modo a prevenir complicações agudas e a diminuir o risco de complicações tardias (Gallego, 2001; Leite, 2005; Medina, 2007; Silva, 2006). É importante motivar o doente para adquirir conhecimentos e desenvolver habilidades para mudanças de hábitos, com o objectivo geral do bom controlo metabólico e melhor qualidade de vida. O arsenal terapêutico hoje existente e uma cuidada educação do paciente, permitem aos diabéticos aprender a viver com a sua doença, a ter um quotidiano compatível com uma boa qualidade de vida e a exercer uma profissão, seja ela qual for (Marcelino & Carvalho, 2005; Medina, 2007; Silva, 2006).

Actualmente na prática clínica adopta-se a nomenclatura diabetes *mellitus* tipo 1 e tipo 2 para classificar a diabetes, nas duas formas mais frequentes da doença (Gallego, 2001; Hines, 2003; Medina, 2007; Silva, 2006). Esta classificação indica que as perturbações agrupadas sob o termo diabetes diferem na patogénese, história natural, resposta à terapêutica e prevenção. A diabetes tipo 1 (antigamente chamada diabetes juvenil ou insulino dependente) surge geralmente na infância e adolescência e resulta da destruição das células pancreáticas produtoras de insulina (as células beta), o que implica deficiência absoluta de insulina; é uma doença auto-imune (Maia & Araújo, 2002; Marcelino & Carvalho, 2005; Medina, 2007). A diabetes tipo 2 (antigamente chamada diabetes do adulto ou não insulino dependente) resulta de uma anomalia progressiva da secreção de insulina associada a um estado de resistência à insulina, com a perda progressiva da função das células beta; é uma doença relacionada sobretudo com os estilos de vida moderna, caracterizados por ingestão exagerada de calorias e vida sedentária (Gallego, 2001; Hines, 2003, Medina, 2007). A título informativo, a obesidade é o principal factor de risco para a diabetes tipo 2 (Medina, 2007). Em indivíduos com antecedentes familiares de diabetes tipo 2, deve existir o cuidado em manter um peso correcto, cumprir uma alimentação saudável e praticar actividade física regular (e.g. andar a pé todos os dias 30 minutos em terreno plano cerca de 3 kms) (Marcelino & Carvalho, 2005; Medina 2007; Pitts & Phillips, 1998; Silva, 2006). Existem ainda outros tipos específicos de diabetes devido a outras causas (e.g. anomalias genéticas, doenças do pâncreas exócrino, acção de fármacos ou agentes químicos) e a diabetes *mellitus* gestacional, diagnosticada durante a gravidez. A diabetes tipo 1 é cerca de 10% da diabetes tipo 2. A maior parte dos diabéticos diagnosticados são do tipo 2, o que significa que em 100 doentes, 90 podem ser do tipo 2 (Medina, 2007).

### *Dimensão do problema a nível mundial*

A diabetes afecta cerca de 2% da população mundial, prevendo-se que ultrapasse os 3% na próxima década (Surgenor et al., 2000, citados por Silva, 2006). Em 1995, os países em que existia maior número de pessoas com diabetes, prevendo-se que em 2025 ainda o sejam, eram a Índia (19 milhões), a China (16 milhões) e os EUA (14 milhões) (Silva, 2006). Em 2000, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimava que o número de pessoas com diabetes no mundo atingisse os 177 milhões e adiantava que, a manter-se a tendência em relação à estrutura etária da população, em 2025 a maioria das pessoas com a doença nos países desenvolvidos terá 65 ou mais anos de idade, enquanto nos países em desenvolvimento se situará na faixa etária entre os 45 e os 64 anos. Esta estimativa significa que cerca de 170 milhões de mulheres e homens que vivem em partes do mundo em desenvolvimento, em menos de trinta anos, estarão a sofrer de diabetes em anos que deveriam ser os mais produtivos da sua vida. A OMS considera ainda que, no mundo, o número de mortes relacionado com a diabetes é de, aproximadamente, 4 milhões de pessoas por ano, sendo provável que este número de mortes se encontre subestimado (Silva, et al., 2004). Na Europa, a prevalência da diabetes em 2003 era de 7,8%, o que correspondia a 48 milhões de pessoas diagnosticadas (Medina, 2007).

### *Dimensão do problema em Portugal*

A diabetes constitui uma das principais causas de morte em Portugal e é uma doença, que quando mal gerida, parece provocar ainda mais sequelas. Portugal tem desde 1992 um programa de saúde para este problema – o *DiabCare*, baseado na *Declaração de St. Vincent*, que garantia uma avaliação contínua da qualidade dos cuidados prestados. Em 1997 foi introduzido o *Guia do Diabético*, que passa a promover o papel activo do cidadão portador da doença no autocuidado (Gallego, 2001). Segundo a estimativa da *International Diabetes Federation* (IDF), calcula-se que no país existam entre 500 a 800 mil diabéticos (cálculos que incluem apenas a população entre os 20 e os 79 anos) e estima-se que este número continue a aumentar drasticamente. O Inquérito Nacional de Saúde publicado em 1998 refere uma prevalência estimada entre 3% e 5% da população e o 4º Inquérito Nacional de Saúde do Instituto Ricardo Jorge e do Instituto Nacional de Estatística refere que a diabetes afecta 6,5% da população residente no continente. Nos Açores a taxa sobe para 6,7% e na Madeira desce para 4,6%. A prevalência aumentou 2% em sete anos. Isto significa que, em média, em cada 100 portugueses 5 serão diabéticos. A maioria dos indivíduos diagnosticados atinge ou ultrapassa a década dos 60 anos. As mulheres são as mais afectadas e, à semelhança do que acontece nos outros países, a doença aumenta a sua prevalência com a idade (Gallego, 2001; Medina, 2007; Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2004; Silva, 2006). Quando o diagnóstico é feito por volta dos 40 anos, bastante comum na diabetes tipo 2, o doente terá de fazer a gestão da doença durante cerca de 20 ou 30 anos.

## O TRATAMENTO DA DIABETES

A mudança de comportamentos relacionados com a saúde é geralmente um processo difícil e complexo, que implica que o sujeito tome a decisão de mudar, faça uma mudança efectiva de comportamento e mantenha este novo comportamento a longo prazo (Prochaska & DiClemente, 1982; Rogado & Teixeira, 1997; Silva, 2006; Trindade & Teixeira, 2000). Estes objectivos não são geralmente conseguidos em intervenções exclusivamente baseadas no modelo biomédico, uma vez que a relação entre doença crónica e comportamento é dupla. Ou seja, para além da importância da adopção de comportamentos preventivos para evitar o aparecimento da doença, quando o indivíduo é portador da doença, também o comportamento continua a ser relevante, designadamente na prevenção de complicações e evoluções desfavoráveis, na adesão aos tratamentos e às actividades de auto-cuidados necessárias para o seu controlo e que contribuem, em última análise, para a melhoria da qualidade de vida (Helena & Antónia, 2004; Guerra & Lima, 2005; Silva, 2006; Maia & Araújo, 2002; Trindade & Teixeira, 2000). Este facto, chama a atenção para a importância das variáveis psicológicas (e.g. emoções, sentimentos, crenças, representações, interacções) implicadas nos processos de saúde e de doença, quer ao nível dos cuidados de saúde primários, quer nos cuidados diferenciados (Rogado & Teixeira, 1997; Silva, 2006; Trindade & Teixeira, 2000).

Como já referido, o tratamento da diabetes é extremamente exigente, complexo e implica grande responsabilidade por parte do doente, durante toda a vida a partir do momento do diagnóstico. Requer um cuidadoso equilíbrio entre alimentação, exercício físico e injeções de insulina e/ou anti-diabéticos orais, assim como uma frequente auto-monitorização do nível de glicose no sangue, auto-cuidados que variam com o tipo de diabetes e de doente para doente. Por outro lado, requer ajustamentos psicológicos, sociais e até mesmo laborais (Marcelino & Carvalho, 2005; Medina, 2007; Pitts & Phillips, 1998; Silva, 2006; Taylor, 1995).

Uma abordagem educativa deverá acontecer de forma integrada entre os profissionais de saúde, pois o enfoque exclusivo nos processos cognitivos não é por si só suficiente para atingir a totalidade dos problemas vivenciados pelo paciente diabético. É preciso abordar, para além dos aspectos relacionados com uma alimentação cuidada e a prática regular do exercício físico, também os factores emocionais e a sua influência na adesão ao tratamento (Guerra & Lima, 2005; Helena & Antónia, 2004; Silva et al., 2003; Silva, et al., 2004; Silva, 2006; Trindade & Teixeira, 2000). Nesta perspectiva, o trabalho estruturado em equipas multidisciplinares formadas por médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fisiologistas do exercício, revelam-se fundamentais para o desenvolvimento de programas de educação e promoção da saúde dos pacientes e familiares.

Como não existem duas pessoas iguais, o plano de tratamento para cada doente é necessariamente individualizado, embora possam distinguir-se algumas regras gerais no tratamento dos diferentes tipos de diabetes. Por exemplo, no âmbito da intervenção psicológica, assumem particular importância a caracterização da experiência

de doença (discurso, percepções, significados), a influência das percepções de doença sobre os estados emocionais associados e sobre os comportamentos de adesão e de procura de cuidados, bem como as relações entre as estratégias de confronto, o controlo dos sintomas, a evolução da doença e a prevenção das recaídas (Marcelino & Carvalho, 2005; Rogado & Teixeira, 1997; Silva, 2006; Trindade & Teixeira, 2000).

Após o diagnóstico, é frequente ocorrer uma série de crises pessoais. Num primeiro momento, muitos doentes experimentam sintomas de depressão e de ansiedade, angústia, stress, isolamento social, raiva, apreensão, irritabilidade, frustração e pessimismo em relação ao futuro (Marcelino & Carvalho, 2005; Pitts & Phillips, 1998; Silva, 2006). Num segundo momento, são frequentes as reacções de negação, de catastrofização da situação ou ênfase nos piores aspectos da doença. Ao longo do desenrolar da progressão da doença parecem predominar reacções de medo relacionado com as crises de hipo ou hiperglicemia ou com as sequelas crónicas (Marcelino & Carvalho, 2005; Pitts & Phillips, 1998; Silva et al., 2003; Casalenuovo, 2002, Jacobson, 1996, 2002, citados por Silva, 2006). Neste sentido, o psicólogo pode desempenhar um papel importante na equipa de saúde, trabalhando com o doente os processos psicológicos associados às alterações do seu estado de saúde, às crises pessoais e às mudanças de comportamentos de risco necessárias. Este apoio técnico (e.g. psicoterapia de apoio, entrevistas motivacionais de modificação de comportamentos, aconselhamento psicológico, intervenção psicológica em grupo, projectos de cuidados continuados), constitui um suporte adicional para a prevenção de implicações agudas, para a educação e a promoção de estilos e comportamentos saudáveis, a fim de diminuir o risco de complicações futuras da doença e promover uma melhor adaptação dos sujeitos diabéticos à doença (Marcelino & Carvalho, 2005; Silva, 2006; Trindade & Teixeira, 2000).

### *A intervenção psicológica*

Na assistência à saúde tem sido dado progressivamente enfoque ao trabalho multidisciplinar. No âmbito da psicologia da saúde têm vindo a desenvolver-se vários modelos teóricos (e.g. Modelo da Crença na Saúde de Rosenstock, 1966; Teoria da Acção Racional e do Comportamento Planeado de Ajzen e Fishbein, 1975, 1985; Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente, 1982; Teoria do Processo de Acção na Saúde de Schwarzen, 1992) para explicar os comportamentos relacionados com a saúde que mostram que a relação do sujeito com a sua saúde é complexa e mediada por variáveis muito diversas, entre as quais se destacam vários atributos psicológicos (e.g. a percepção de controlo – *locus* de controlo, o optimismo, a auto-eficácia), estilos de confronto com o stress, estratégias de *coping*, crenças de saúde, estados emocionais, crenças e atitudes, normas subjectivas, apoio social, entre outras (Pitts & Phillips, 1998; Silva et al., 2003; Taylor, 1995; Trindade & Teixeira, 2000).

No caso específico da diabetes *mellitus*, a abordagem psicológica torna-se necessária, uma vez que a integridade biopsicossocial do paciente é condição decisiva para favorecer os cuidados com a doença, resultando em níveis maiores de qualidade



de vida (Silva et al., 2003; Silva, 2006). Vários autores apontam para a necessidade de considerar a influência dos factores psicossociais na evolução da diabetes, tanto na abordagem individual como na grupal (e.g. Gallego, 2001; Heleno & Antónia, 2004; Maia & Araújo, 2002; Torres, Hortale & Schall, 2003; Marcelino & Carvalho, 2005; Silva, 2006; Trindade & Teixeira, 2000).

Como temos vindo a referir, uma abordagem educativa com ênfase apenas nos processos cognitivos revela-se insuficiente para atingir a totalidade dos problemas, uma vez que os factores emocionais desempenham grande influência na adesão ao tratamento. (Guerra & Lima, 2005; Heleno & Antónia, 2004; Pitts & Phillips, 1998; Silva et al., 2003; Silva, et al., 2004; Silva, 2006; Taylor, 1995; Trindade & Teixeira, 2000). Neste sentido, a intervenção psicológica ao nível da prevenção primária, nomeadamente ao nível da promoção de estilos de vida saudável, mas sobretudo ao nível da prevenção secundária, intervindo na prevenção e gestão dos efeitos da diabetes, constitui na actualidade um grande desafio para os psicólogos que trabalham nos centros de saúde e em unidades hospitalares distritais (Rogado & Teixeira, 1997; Teixeira & Trindade, 2000)

No âmbito da prevenção primária, o psicólogo deve participar em delinear e executar actividades de educação terapêutica intersectoriais, levando em consideração os determinantes psicológicos dos comportamentos de risco para a diabetes (e.g. dieta alimentar rica em calorias, vida sedentária, baixa adesão à prática de exercício físico regular) nas escolas e na comunidade em geral, em grupos de risco (e.g. idosos e obesos) e em crianças e adolescentes familiares de diabéticos. No âmbito da prestação de cuidados, deve realizar actividades que permitam o confronto e a adaptação à diabetes, o aumento do controlo sobre a doença e a vigilância periódica, a adesão do sujeito diabético a programas de auto-cuidados. Estas tarefas implicam que o psicólogo conheça bem as necessidades psicológicas do doente diabético que assiste e reconheça que cada indivíduo é sempre único e apresenta diferentes necessidades em relação ao seu bem-estar psicológico (Pitts & Phillips, 1998; Rogado & Teixeira, 1997; Taylor, 1995; Trindade & Teixeira, 2000).

### *A intervenção em grupo*

O grupo ou pequeno grupo, composto por um número de participantes que pode variar entre 5 a 25 membros, é um contexto psicossocial rico de estímulos e potencialidades, particularmente indicado para favorecer o desenvolvimento de alguns processos psicológicos, tais como o crescimento pessoal, o amadurecimento e a aprendizagem (Santoni, 2003; Yalom, 1995; Zimerman, 1993). Para Abduche Silveira e colaboradores (1999, 2002, citados por Torres et al., 2003), aprender em grupo significa fazer uma leitura crítica da realidade, em que cada resposta obtida se transforma numa nova pergunta, permitindo assim aos participantes trocar e construir conhecimentos, elaborar conceitos, redefinir ou anular normas, demarcando outros espaços e construindo outras possibilidades de ser, de saber e saber fazer o processo educativo.

A formação do grupo, com regras específicas de funcionamento, que o caracterizam como terapêutico, possibilita um espaço de mudança e transformação para todos os seus participantes (Anzieu et al., 1978; Bion, 1975; Yalom, 1995; Zimerman, 1993). Neste sentido, a organização clara do contexto grupal (e.g. dia, hora, local de encontro, disposição da sala, normas de funcionamento) é um requisito base para o desenvolvimento deste sentimento de segurança, uma vez que transmite uma mensagem de limite, integração e tranquilidade aos elementos do grupo. À medida que o grupo se constrói e integra, ele próprio passa a ser um importante constituinte do enquadramento grupal e cumpre a importante função de se comportar como um adequado continente das necessidades e angústias de cada um e de todos. O sentimento de reciprocidade leva a um aumento do sentimento de competência, tanto ao nível individual, quer ao nível grupal enquanto unidade (Kernberg & Chazan, 1992; Zimerman, 1993).

Diferentes perspectivas teóricas têm orientado e consolidado o estudo dos grupos, no âmbito dos fenómenos psíquicos, relacionais e de conduta que comportam. Entre as abordagens mais importantes destacam-se a Sociometria de Moreno, a Dinâmica de Grupo de K. Lewin, a Abordagem Não Directiva de Rogers, a Abordagem Cognitivista e a Abordagem Psicanalítica (Sá, 2003). No contexto da assistência em cuidados de saúde, vários têm sido os programas de intervenção em grupo descritos na literatura para pacientes portadores de doenças crónicas, tendo como denominador comum perspectivas ecléticas, combinando diferentes abordagens com o objetivo de potenciar os seus efeitos positivos (Guerra & Lima, 2005).

Em países como os EUA, Brasil ou o Canadá, há muito que é reconhecida a importância e a utilidade de grupos de apoio aos portadores de doenças crónicas, como é o caso da diabetes *mellitus*. Na Europa e em Portugal em particular, começa também a afirmar-se a necessidade de desenvolver este tipo de intervenções, que devem ter sempre como ponto de partida o levantamento de necessidades dos doentes e/ou das instituições que necessitam de apoio. A intervenção em grupo neste contexto tende a trazer vantagens para as instituições e utentes ao nível da redução de custos, quer em termos de recursos humanos e económicos, quer em termos da quantidade de tempo investido (Guerra & Lima, 2005; Silva 2006). A título de exemplo, nos EUA, Canadá, Austrália, Brasil e outros países da América Latina, organizam-se com frequência desde há vários anos colónias educativas (e.g. *Diabetes Weekend*), que ao permitir aliar lazer e cultura, proporcionam ao diabético a aquisição de conhecimentos, o aumento do controlo sobre a doença e o aprender a conviver melhor com ela, através do trabalho em grupo supervisionado por uma equipa multidisciplinar. Os resultados deste tipo de intervenção são reveladores de uma ampliação dos conhecimentos sobre as complicações agudas e crónicas decorrentes da diabetes, uma maior consciencialização da importância do controlo metabólico, assim como uma melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (Maia & Araújo, 2002).

Os grupos homogêneos por diagnóstico parecem assim funcionar como agentes facilitadores do processo de mudança, na medida em que aproximam pessoas

que estão a vivenciar situações vitais semelhantes e que partilham uma identidade grupal. Este tipo de grupo de pares parece potenciar a emergência de factores terapêuticos para a mudança tais como a universalidade (e.g. “*Afinal estamos todos no mesmo barco*”), a aprendizagem interpessoal, a coesão grupal, o altruísmo, a solidariedade e a esperança (Kernberg & Chazan, 1992; Yalom, 1995; Zimmerman, 1993). Os doentes têm a oportunidade de se sentirem valorizados ao apoiar e dar sugestões a outros elementos do grupo e de se sentirem apoiados e aprender a lidar melhor com os obstáculos (Guerra & Lima, 2005; Marcelino & Carvalho, 2005; Rogado & Teixeira, 1997; Brannon, et al., 1997, Osório, 1986, citados por Silva, 2006). Por exemplo, Polonsky (1999, citado por Silva, 2006) baseado na sua experiência clínica, refere que um em cada três diabéticos sente que se encontra isolado com a sua doença e que não existe ninguém com quem possa conversar sobre os sentimentos que tem em relação a esta. Outros autores também têm encontrado as mesmas necessidades junto da população diabética e, tal como Polonsky, afirmam que mesmo no caso dos doentes que possuem bom apoio familiar, ainda que importante, não é suficiente, principalmente ao nível da população adolescente e idosa (e.g. Cheng & Boey, 2000, Handson, Henggeler, & Burghen, 1987, citados por Silva et al., 2003).

No âmbito do trabalho das equipas de saúde multidisciplinares para a educação do paciente diabético, os grupos de apoio e intervenção psicoeducativa têm-se focalizado, a par dos diversos aspectos psicológicos envolvidos no tratamento, na máxima fundamental do tratamento: *alimentação, medicação e actividade física*. A grande maioria das intervenções documentadas na literatura tem tido como objectivos gerais a criação de um espaço de partilha que facilite a troca de experiências e que constituía uma fonte de apoio social específica face à diabetes, de forma a promover um maior ajustamento psicológico dos doentes e melhorar a adesão ao tratamento e suas complicações agudas e crónicas, levando os participantes a alcançar a manutenção dos autocuidados (e.g. Heleno & Antónia, 2004; Almeida & Oliveira, 2000, Silva & Ribeiro, 2000 citados por Silva, 2006; Torres et al., 2003).

## CONCLUSÃO

Ao considerar os diversos aspectos inerentes à complexidade da diabetes *mellitus*, tais como as restrições alimentares necessárias, o tratamento com medicamentos, a alteração da função de diversos órgãos e segmentos do organismo, o impacto pessoal, familiar e social da doença, os profissionais de saúde têm sentido cada vez mais a necessidade de desenvolver acções psico-educativas voltadas para os doentes portadores, recorrendo para isso ao trabalho das equipas multidisciplinares numa perspectiva de promoção da saúde. Esta abordagem multidisciplinar do doente diabético remete para uma visão holística do processo saúde-doença, reconhecendo a complexidade do seu sistema psíquico e somático e a necessidade de informações

complementares, por parte dos seus profissionais de saúde, sobre o controlo, a prevenção e as complicações futuras da doença.

No trabalho psicológico a realizar, individualmente ou em grupo, o objectivo principal é a elaboração e aceitação da doença para conseguir uma melhor qualidade de vida. Para muitos diabéticos é fundamental sentir que existe um espaço em que podem conversar com outros que se encontram na mesma situação, que partilham os mesmos medos, preocupações, problemas, ansiedades e dificuldades e aprender estratégias para lidar com as situações mais difíceis com que se confrontam no seu quotidiano.

Estimular a construção de conhecimentos por meio de uma perspectiva relacional e interactiva em que os problemas e as soluções são partilhados num ambiente empático, seguro e contentor, tem mostrado ser uma estratégia efectiva de promoção da saúde, ao mesmo tempo que dá resposta a um maior número de pedidos, optimizando os recursos técnicos das instituições.

Em suma, na abordagem multidisciplinar ao doente diabético no contexto dos cuidados de saúde primários, a participação do psicólogo terá como finalidade última a promoção de uma maior aceitação pelo paciente da doença e do tratamento, a modificação de hábitos e estilos de vida, a promoção do vínculo relacional com a equipa de cuidados, o aumento da adesão aos autocuidados e o potenciar dos recursos pessoais para enfrentar a doença. Este trabalho relacional supõe tempo(s), continuidade, espaços diferenciados e flexíveis e elos, vínculos, ligações – relações humanas.

## REFERÊNCIAS

- Anzieu, D., Béjarano, A., Kaës, R., Missenard, A., & Pontalis J.-B. (1978). *O trabalho psicanalítico nos grupos*. Lisboa: Moraes Editores.
- Bion, W. (1975). *Experiências com grupos. Os fundamentos da psicoterapia de grupo*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Gallego, M. (2001). Diabetes em cuidados primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 95-100.
- Guerra, M., & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Heleno, M., & Antónia, C. (2004). Promoção e educação para a saúde: Um estudo com pacientes diabéticos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 189-194.
- Hines, S. (2003). Controlo da glicemia com insulina na diabetes tipo 2. *Patient Care – Tópico em Diabetes*, 94-108.
- Kernberg, P., & Chazan, S. (1992). *Crianças com transtornos de comportamento. Manual de psicoterapia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Leite, M. (2005). Programa de promoção da adesão terapêutica em crianças diabéticas. In M. P. Guerra, & L. Lima (Eds.), *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde* (p. 155-174). Lisboa: Climepsi Editores.

Maia, F., & Araújo, L. (2002). Projecto “Diabetes Weekend” – Proposta de educação em diabetes mellitus tipo 1. *Arquivos Brasileiros Endocrinologia e Metabologia*, 46(5), 566-573.

Marcelino, D., & Carvalho, M. (2005). Reflexões sobre a diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 72-77.

Medina, J. (2007). *O essencial da saúde. Vol. 7 – Diabetes*. Lisboa: QuidNovi.

Pitts, M., & Phillips, K. (1998). *The psychology of health – an introduction* (2<sup>th</sup> Ed.). London: Routledge.

Prochaska, O., & DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 276-288.

Rogado, T., & Teixeira, J. (1997). Intervenção psicológica na educação para a saúde no sistema de cuidados de saúde primários. *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 169-177.

Sá, F. (2003). *Psicoterapia analítica de grupo com crianças no período de latência*. Lisboa: Climepsi Editores.

Santoni, G. (2003). *83 jogos psicológicos para dinâmicas de grupos. Um manual para psicólogos, professores, operadores sociais, animadores...* (2ª Ed.). Apelação: Paulus Editora.

Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., Ramos, H., Carvalhosa, S., Dias, S., & et al. (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 21-32.

Silva, I., Pais-Ribeiro, J., & Cardoso, H. (2004). Dificuldade em perceber o lado positivo da vida? Stresse em doentes diabéticos com e sem complicações crónicas da doença. *Análise Psicológica*, 3(XXII), 597-605.

Silva, I. (2006). *Psicologia da diabetes*. Coimbra: Quarteto.

Taylor, S. (1995). *Health psychology* (3ª Ed.). Singapore: McGraw-Hill.

Torres, H., Hortale, V., & Schall, V. (2003). A experiência de jogos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cadernos Saúde Pública*, 19(4), 1039-1047.

Trindade, I., & Teixeira, J. (2000). *Psicologia nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Climepsi Editores.

Yalom, I. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4<sup>th</sup> Ed.). New York: Basic Books.

Zimerman, D. (1993). *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Porto Alegre: Artes Médicas.

